

Substitutiebehandeling binnen en buiten de gevangenis in België en Nederland

Joris Casselman · Heino Stöver · Laetitia Hennebel

Uit Europees onderzoek over substitutiebehandeling in de gevangenis in 18 Europese landen blijkt dat er een duidelijke discrepantie bestaat tussen de situatie binnen en buiten de gevangenis. Het equivalentiebeginsel op het terrein van de gezondheidszorg voor gedetineerden wordt nochtans in de landen van de Europese Unie algemeen aanvaard. Geldt deze vaststelling ook voor België en Nederland? De auteurs van deze bijdrage doen verslag van hun onderzoek onder druggebruikers in Belgische en Nederlandse gevangenissen. Alhoewel de overheid zowel in België als in Nederland dit equivalentiebeginsel voor gedetineerden benadrukt, blijkt bij nader toezien dat dit niet volledig is ingevuld.

Inleiding

Naar aanleiding van een recent onderzoek over substitutiebehandeling bij druggebruikers in de gevangenis in 18 Europese landen (Stöver, Hennebel & Casselman, 2004) stelden wij een duidelijke discrepantie vast tussen de situatie binnen en buiten de gevangenis. Deze ongelijkheid, duidelijk in het nadeel van de gedetineerden, staat haaks op een equivalentiebeginsel, dat in alle lidstaten van de Europese Unie wordt aanvaard. Dit equivalentiebeginsel stelt dat een gedetineerde recht heeft op een gezondheidszorg die evenwaardig is aan de

gezondheidszorg die ter beschikking staat van elke burger buiten de gevangenis.

De bedoeling van dit artikel is na te gaan in welke mate deze vaststelling opgaat voor België en Nederland. De gegevens waarop wij ons baseren maken deel uit van ons Europees onderzoek dat uiteraard een veel bredere doelstelling inhield. Na een vermelding van de algemene doelstelling en de methodologie van het Europees totaalonderzoek, spitsen wij ons toe op de bevindingen die verband houden met de situatie binnen en buiten de gevangenis in België en Nederland.

Doelstellingen van het Europees totaalonderzoek

In opdracht van Cranstoun Drug Services in Londen en dankzij subsidies van de Europese Unie, hebben wij een onderzoek uitgevoerd met als algemene doelstelling een overzicht te bieden van het beleid en de praktijken van de substitutiebehandeling bij druggebruikers in de gevangenis in 18 Europese landen. De betrokken landen waren de 15 lidstaten van de Europese Unie van voor 1 mei 2004 en daarnaast Polen, Slovenië en Tsjechië.

Methodologie

Het onderzoek liep van december 2002 tot mei 2004. Vooreerst hebben wij internationale gegevens verzameld via een literatuurstudie. Daarna konden wij voor elk van de 18 landen de medewerking bekomen van een nationaal contactpersoon teneinde een *country report* op te maken en een *field visit* voor te bereiden. De bedoeling van het country report was een overzicht te bieden van de ontwikkelingen op nationaal en regionaal vlak. Ten

Joris Casselman, en, (✉)

Prof. J. Casselman is emeritus hoogleraar aan de Katholieke Universiteit Leuven en voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid in België. Prof. H. Stöver is hoogleraar aan de Universiteit Bremen in Duitsland. L. Hennebel is psychologe en was destijds werkzaam als onderzoekster bij Cranstoun Drug Services in Londen.

slotte voerden wij in 17 van de 18 landen een field visit uit. Alleen in Luxemburg kregen wij geen officiële toestemming om een gevangenis te bezoeken. Tijdens de field visits hebben wij nationale sleutelfiguren bevraagd alsook directieleden en ander gevangenispersoneel, tijdens het bezoek aan (meestal) twee gevangenissen per land. Focusgroepen met gedetineerden (zonder aanwezigheid van bewaarders) leverden waardevolle bijkomende gegevens op. Wij bezochten 33 gevangenissen en wij konden 184 gedetineerden (132 mannen en 52 vrouwen) motiveren om in het kader van de focusgroepen hun medewerking te verlenen.

Dit beschrijvend overzichtsonderzoek genereerde kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. De selectie van de gevangenissen was niet representatief voor de totale situatie in een bepaald land. Maar, zoals gebruikelijk is in kwalitatief onderzoek, hebben wij getracht om een zo gevarieerd mogelijke groep van gevangenissen bij het onderzoek te betrekken (bijvoorbeeld, gevangenissen in grote steden en in kleinere landelijke gebieden, gevangenissen voor mannen en voor vrouwen, arresthuizen en verblijfsgevangenissen enzovoort). Ook de gedetineerden die aan de focusgroepen deelnamen waren niet representatief voor de totale detentiepopulatie. De gedetineerden werkten mee op vrijwillige basis en na uitvoerig geïnformeerd te zijn over de bedoeling en het verloop van de focusgroepen. Bijgevolg kunnen de gegevens op het niveau van de gevangenissen niet veralgemeend worden naar alle gevangenissen en alle gedetineerden.

Vermelden we nog dat de nationale contactpersonen een zeer belangrijke bijdrage hebben geleverd tot het vlot verloop van het onderzoek. Zij werden geselecteerd via het ENDSP (European Network of Drug Services in Prison) intussen uitgebreid tot ENPIPP (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison). De nationale contactpersonen waren verantwoordelijk voor het opstellen van het country report van hun land en speelden een cruciale rol in het voorbereiden van de field visits, met onder meer het selecteren van de sleutelfiguren die werden geïnterviewd en de gevangenissen die werden bezocht. Voor België was de nationale contactpersoon Sven Todts, drugcoördinator, ministerie van Justitie en voor Nederland Jan Flikkema, beleidsadviseur, ministerie van Justitie.

Situatie binnen en buiten de gevangenis in België en Nederland

Wij richten nu onze volle aandacht op de situatie binnen en buiten de gevangenis in België en Nederland, ons hierbij baserend op wat naar voor is gekomen uit ons

onderzoek en verwijzend naar een aantal specifieke literatuurgegevens (Stöver, Hennebel & Casselman, 2004).

België

Buiten de gevangenis

Elders hebben wij de moeizame ontwikkeling van de substitutiebehandeling bij druggebruikers in België buiten de gevangenis reeds beschreven (Casselman, Stöver & Hennebel, 2005). Hier volgt een beknopte samenvatting. In de loop van de jaren '70 van de vorige eeuw waren de specifieke behandelingsmogelijkheden voor illegale druggebruikers in België zeer beperkt. Bovendien was destijds abstinentie het enige en absolute behandeldoel. Het voorschrijven door geneesheren van methadon (of een ander substitutiemiddel dat op de lijst van de 'verdovende middelen' stond) werd enkel aanvaard als ontwenningmiddel. Bijgevolg werden alleen kortdurende reductieprogramma's toegestaan. Aan de voorschrijvers van substitutiemiddelen werden strenge disciplinaire instructies opgelegd door de Orde der Geneesheren en Provinciale Geneeskundige Commissies. Zonodig werden zij tuchtrechtelijk gesanctioneerd en eventueel strafrechtelijk vervolgd en bestraft wegens het onderhouden van een 'toxicomanie'. Enkele artsen kwamen in de gevangenis terecht, niet alleen in voorhechtenis maar soms ook om een effectieve gevangenisstraf uit te zitten (Baudour, 1987; Casselman, 1984).

Halfweg de jaren '80 werden de volksgezondheidsinstanties ook in België geconfronteerd met het wereldwijde probleem van Aids. Het werd vlug duidelijk dat injecterende druggebruikers een risicogroep waren wegens het vaak weinig hygiënisch omgaan met spuitmateriaal. (Casselman, 1993).

Vandaar dat ook in gevestigde kringen een orale substitutiebehandeling in toenemende mate aanvaard werd voor opiaatgebruikers die niet gemotiveerd waren om onverwijld een op abstinentie gericht reductieprogramma te volgen. Zodoende vond de schadeperkende benadering, naast de abstinenterichte benadering, in de behandeling van druggebruikers traag maar zeker ingang (Decorte, 1994).

Intussen werd echter de drugwetgeving niet aangepast en de houding van de Orde der Geneesheren veranderde weinig (Todts, 2003). Vandaar dat substitutiemiddelen voorschrijvende artsen (werkzaam in een aantal ambulante voorzieningen alsook sommige privégevestigde huisartsen en psychiaters) in de complete illegaliteit werkten, wanneer zij overgingen tot onderhoudsbehandelingen.

In 1994 nam de federale minister van Volksgezondheid het lofwaardig initiatief om op 8 oktober te Gent een ‘Consensusconferentie onderhoudsbehandeling met methadon’ te organiseren (Brussel, 1994).

(Na deze Consensusconferentie werd methadonverstrekking niet alleen voor ontwenning maar ook (weliswaar onder welbepaalde voorwaarden) als onderhoudsbehandeling aanvaard en bijna niet meer disciplinair of strafrechtelijk vervolgd. In een follow-up rapport van de Hoge Gezondheidsraad, gepubliceerd in 2000, werden enkel een aantal detailwijzigingen voorgesteld ten aanzien van het juryrapport van de Consensusconferentie van 1994 (Brussel, 2000).

Toch heeft het nog geduurd tot in 2002 vooraleer een specifieke wetgeving tot stand kwam (B.S. 1 oktober 2002) en tot in 2004 vooraleer een eerste uitvoeringsbesluit verscheen (B.S. 30 april 2004).

In dit laatste KB is, naast methadon, een tweede substitutiemiddel vermeld, met name Buprenorphine, dat beschikbaar is in België sinds 2001 en terugbetaalbaar sinds 2003.

Enig wetenschappelijk onderzoek met de bedoeling de concrete praktijk van de substitutiebehandeling in België in kaart te brengen kwam slechts zeer recent op gang (Pelc e.a., 2005).

Binnen de gevangenis

Rekening houdend met de situatie buiten de gevangenis is het niet te verwonderen dat de introductie van substitutiebehandeling voor gedetineerden in België zeer laat op gang kwam en dat de toepassing ervan tot nu toe slechts met mondjesmaat gebeurd. In de jaren '80 werd methadon slechts zeer sporadisch voorgeschreven door gevangenisartsen en uitsluitend als ontwenningmiddel (Cosyns, 1983).

Slechts in de loop van de jaren '90, mede door de besluiten van de Consensusconferentie in 1994, werd door sommige (en dus zeker niet alle) gevangenisgeneesheren een meer soepele houding aangenomen. In 1996 nog heeft de minister van Justitie duidelijk gesteld dat methadon in onderhoudsbehandeling in de gevangenis hem als niet aangewezen voorkwam (De Clerck, 1996). In een Ministeriële omzendbrief van 18 december 2000, vanwege de toenmalige minister van Justitie, werden voorzichtige versoepelingen voorgesteld (Ministeriële omzendbrief Nr. 1722 van 18 december 2000). Volgens de omzendbrief blijft abstinentericht werken belangrijk met de vermelding dat de ontwenning van de druggebruiker dient te gebeuren met respect voor de menselijke waardigheid. De beslissing tot het starten van een substitutiebehandeling, het voortzetten van een onderhoudsbehandeling of de toepassing van een afbouwschema

behoort tot de verantwoordelijkheid van de behandelende arts van de gevangenis. De voortzetting van een onderhoudsbehandeling met substitutieproducten is aanbevolen bij zwangere vrouwen, seropositieven voor hiv en hepatitis en gedetineerden die slechts voor een korte periode in de gevangenis verblijven zodat een duurzame ontwenning niet haalbaar is binnen dit bestek. Bij kortstondige overbrengingen naar andere gevangenissen moet de continuïteit van de substitutiebehandeling worden verzekerd. Niet onbelangrijk is te vermelden dat in de omzendbrief enerzijds verwezen wordt naar het feit dat er bij de insluiting in de gevangenis aan gedetineerden een integrale gezondheidszorg moet worden verleend, die gelijkaardig is aan de zorg die buiten de gevangenis wordt geboden, maar ook dat een penitentiaire instelling geen psychiatrisch ziekenhuis of een therapeutisch centrum is, maar in de eerste plaats de sociale ruimte voor de uitvoering van de vrijheidsberoving.

In het kader van ons Europese onderzoek bezochten wij in 2003 twee gevangenissen, met name de gevangenis van Gent en de gevangenis van Jamioulx. Dit stelt ons niet in staat om te veralgemenen naar alle gevangenissen in België, maar de twee bezoeken leverden een aantal interessante gegevens op.

In beide gevangenissen liepen substitutiebehandelingen met methadon bij druggebruikers. Buprenorphine werd nog niet voorgeschreven omdat dit substitutieproduct op dat moment (juni 2003) nog niet terugbetaalbaar was. In Jamioulx werden de eerste substitutiebehandelingen ingesteld vanaf 1998 en in Gent slechts vanaf 2003. Op het moment van het bezoek was het aantal lopende substitutiebehandelingen 40 in Jamioulx op een totaal van 400 gedetineerden en 3 in Gent op een totaal van 315 gedetineerden. De verantwoordelijke gevangenisgeneesheer was in Jamioulx een huisarts en in Gent een psychiater. De regionale verschillen die zich in de samenleving voordoen worden hier teruggevonden. In Vlaanderen zijn geneesheren over het algemeen meer terughoudend met substitutiebehandelingen dan in Brussel en Wallonië.

In elk van de twee bezochte gevangenissen wordt afgesproken wie de verantwoordelijke geneesheer is en deze neemt de beslissingen al dan niet in overleg met andere gezondheidswerkers. De dagelijkse doseringen zijn relatief laag. De methadon wordt éénmaal per week opgehaald in een lokale apotheek. Het niet-medisch personeel beschouwt methadon gewoonlijk slechts als een andere drug eerder dan als een echt geneesmiddel. De gedetineerden die aan de focusgroepen deelnamen wezen onder meer op het tekort aan psychosociale begeleiding.

Nederland

Buiten de gevangenis

Substitutiebehandeling werd in Nederland in beperkte mate geïntroduceerd vanaf 1968, met name in de Amsterdamse Jellinek Kliniek. Vanaf het begin van de jaren '70 werd methadon op progressief bredere basis verstrekt als het belangrijkste substitutiemiddel voor ambulante opiaat gebruikende cliënten. Een speciaal programma (inclusief registratiesysteem) kwam tot ontwikkeling.

Het juridisch kader in Nederland bepaalt dat methadon onder de opiumwet valt en dat verstrekking verboden is tenzij er een medische indicatie bestaat (Dute, 1997).

Over de voorwaarden waaronder een medische indicatie kan worden aanvaard (vooral in geval van onderhoudsbehandelingen) zijn geneesheren onderling altijd verdeeld geweest, maar onder bepaalde voorwaarden werden onderhoudsbehandelingen door de overheid als medische indicatie vrij vlg aanvaard.

De studies over de landelijke totaalsituatie alsook over de effectiviteit van de verschillende programma's voor verschillende groepen cliënten waren aanvankelijk zeer beperkt. Toch verschenen er van tijd tot tijd overzichten betreffende een gedeelte van de globale methadonverstrekking waaruit bleek dat het aantal programma's en het aantal methadoncliënten progressief toenam (Buisman, 1983; Driessen, 1993; Liefhebber, 1979; Minjon, 1994). Vooral tijdens de jaren '80 kon een forse stijging worden vastgesteld. Dit werd toegeschreven aan de stijging van het aantal heroïneverslaafden en het toegenomen bereik van de methadonverstrekking. De Aids-problematiek heeft uiteraard eveneens impulsen gegeven aan een reeds eerder tot ontwikkeling gekomen schadebeperkende opvang van druggebruikers in het algemeen en de methadonverstrekking in het bijzonder.

In een Bulletin van LADIS (Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem) gepubliceerd in 2004 (LADIS Bulletin, 2004) vinden wij een overzicht van de methadonverstrekking in 2002 in vergelijking met 1994. Tijdens deze observatieperiode steeg het absoluut aantal methadoncliënten met 29 procent (van 8.822 tot 11.383) en het relatief aantal (per 100.000 inwoners) met 23 procent. De populatie methadoncliënten vergrijsde aangezien in 2002 50 procent ouder was dan 40 jaar en de instroom van nieuwe cliënten zeer beperkt was. Bijna alle cliënten (98%) volgden een onderhoudsbehandeling. De gemiddelde dagdosis was 57 mg in 2002 (in vergelijking met 37 mg in 1994). De meeste cliënten (70%) vertoonden polydruggebruik. Het aantal cliënten dat opiaatgebruik combineerde met het gebruik van cocaïne

enerzijds en/of het gebruik van alcohol anderzijds was toegenomen. In 2003 verstrekten ongeveer 50 ambulante teams methadon alsook nogal wat huisartsen. In Amsterdam ging het om circa 200 huisartsen met 930 cliënten. De implementatie van een nieuwe LCMR (Landelijke Centrale Middelen Registratie) startte in 2004 en de verwachting was dat deze registratie in 2006 zal zijn voltooid.

Binnen de gevangenis

De eerste introductie van substitutiebehandeling in de gevangenis in Nederland dateert van 1972, dus kort nadat deze buiten de gevangenis totstandkwam. Maar in die tijd betrof het een zeer controversieel onderwerp, veel meer dan dat dit buiten de gevangenis het geval was. De meeste gevangenisgeneesheren wendden methadon alleen aan voor detoxificatie en een minderheid verwierp methadonverstrekking en pasten de 'cold turkey' detox toe. (Roorda, 1979).

De overheid ondernam verschillende pogingen om tot richtlijnen te komen die wel niet absoluut bindend waren voor de gevangenisgeneesheren. Zo verschenen vanaf de jaren '80 een aantal ministeriële brieven met richtlijnen, evenals tijdens het laatste decennium in 1996, 2001 en 2004. Gevangenisgeneesheren blijven echter te allen tijde hun therapeutische vrijheid behouden, maar als zij afwijken van de richtlijnen dienen zij dit te verantwoorden. Daarnaast wordt ook in Nederland regelmatig verwezen naar het equivalentiebeginsel, waardoor een gedetineerde een gezondheidszorg moet kunnen krijgen zoals elke Nederlandse burger tenzij aspecten van orde en veiligheid in het gedrang zouden komen.

Sinds geruime tijd is er consensus over het feit dat bij korte verblijven een methadonbehandeling, die reeds voor de insluiting werd ingesteld, voortgezet moet kunnen worden. Men vermindert over het algemeen de dagelijkse dosis tot op een lager niveau dan buiten de gevangenis. Naast substitutie moeten abstinenterichte behandelingen beschikbaar zijn voor die gedetineerden die ernaar vragen. Bovendien wordt niet uitgesloten dat er een indicatie kan bestaan om een substitutiebehandeling te starten bij sommige gedetineerden die buiten de gevangenis nog geen methadonbehandeling volgen. De laatste jaren werd echter heel wat gedebatteerd over de vraag wat men dient te verstaan onder een kort verblijf. In een adviesrapport van de Gezondheidsraad van 2002 (opgemaakt op verzoek van de minister van Volksgezondheid en van de minister van Justitie) zijn twee belangrijke aanbevelingen terug te vinden. Ten eerste, een lopende methadonverstrekking tijdens een voorhechtenis dient nooit onderbroken te worden. Ten tweede onder korte duur moet niet vier weken maar zes maanden

worden begrepen (Gezondheidsraad, 2002; Van de Klippe, 2003).

In het kader van ons Europese onderzoek bezochten wij twee gevangenissen, de Penitentiare Inrichting Over-Amstel (PIOA) 'Het Schouw' in Amsterdam en de Stadsgevangenis in Rotterdam. De Penitentiare Inrichting Over-Amstel, deel van de 'Bijlmer Bajes', is een Huis van bewaring voor mannen met 144 cellen. Aangezien het een arresthuis is worden lopende methadonverstrekkingen voortgezet, zonder rekening te houden met de verblijfsduur, die trouwens meestal onzeker is. Er bleken echter zeer duidelijke verschillen te bestaan tussen de gevangenisgeneesheren onderling. Het algemeen doel van de substitutiebehandeling is tot een zekere stabilisatie te komen en de dosis aan te passen aan de penitentiare setting, waarbij gesteld wordt dat gedetineerden een lagere dosis behoeven omdat zij aan minder destabiliserende factoren onderhevig zijn in vergelijking met de situatie buiten de gevangenis. Een belangrijk discussiepunt was het al dan niet gelijktijdig voorschrijven van benzodiazepines wegens een voorgeschiedenis van polydruggebruik (heroïne, alcohol, cocaïne/crack en benzodiazepines). De gedetineerden signaleerden dat de praktijken sterk verschillen van de ene tot de andere gevangenis en dat zij de regelgeving beleefden als rigide en niet altijd aangepast aan hun noden. Zij vroegen om meer betrokken te worden bij het ganse verloop van de behandeling.

De Stadsgevangenis in Rotterdam is een verblijfsgevangenis met 120 gewone plaatsen (met 70-80 procent druggebruikers en slechts 60 gedetineerden in een methadonprogramma) en 72 plaatsen met een SOV-statuuut (Strafrechtelijke Opvang Verslaafden), waarvan zes gedetineerden een methadonprogramma volgden. Er is weinig discussie over het al dan niet voorschrijven van benzodiazepines (door een gevangenispsychiater) en de dosis ervan omdat het voorschrijfbeleid welbekend is. Het tekort aan psychosociaal personeel werd gesignaleerd. Veel tijd werd in beslag genomen door een bespreking van het SOV-programma dat abstinentie georiënteerd is. Na een detoxperiode van drie maanden wordt geen methadon meer verstrekt. De SOV-gedetineerden die via een focusgroep werden geïnterviewd vroegen meer ruimte om overleg te plegen met de behandelend geneesheer.

Besluit

Volgens het equivalentiebeginsel hebben gedetineerden het recht op een gezondheidszorg die evenwaardig is aan de gezondheidszorg die ter beschikking staat van elke

burger, tenzij de orde en veiligheid in de gevangenis hierdoor in het gedrang komt. Alhoewel de overheid zowel in België als in Nederland dit equivalentiebeginsel voor gedetineerden regelmatig benadrukt, blijkt bij nader toezien dat dit niet volledig is ingevuld.

De introductie van substitutiebehandelingen buiten de gevangenis verliep in België veel trager dan in Nederland, maar in beide landen is er een zeker tijdsverloop te onderkennen tussen de introductie in de gevangenis en erbuiten.

Zowel in Nederland als in België werden in 2003 en 2004 nog duidelijk meer beperkingen ingebouwd bij het aanvaarden van onderhoudsbehandelingen in de gevangenis in vergelijking met buiten de gevangenis. Dit is nog steeds het gevolg van een (weliswaar progressief afnemende) weerstand om naast een abstinenterichte opvang ook een volwaardige schadebeperkende opvang van druggebruikers tot ontwikkeling te laten komen. Twee andere zeer belangrijke discrepanties die zowel in België als in Nederland opvallen zijn: enerzijds een groter tekort aan psychosociale begeleiding dan buiten de gevangenis en anderzijds een gebrek aan voldoende continuïteit in de substitutiebehandeling bij een overplaatsing van de ene gevangenis naar een andere, bij de (al dan niet voorlopige) invrijheidstelling en bij een eventuele nieuwe vrijheidsberoving.

Bijgevolg kunnen alle actoren betrokken bij de substitutiebehandeling van druggebruikers in de gevangenis in België en Nederland inspiratie vinden in het eindrapport van ons Europese onderzoek. Hierin pleiten wij onder meer voor een volwaardige schadebeperkende benadering naast een abstinentiebenadering, voor meer informatieverstrekking aan gedetineerden in verband met de mogelijkheden en het verloop van een substitutiebehandeling, voor meer permanente vorming bij het gevangenispersoneel, voor meer psychosociale begeleiding en voor meer aandacht voor de continuïteit van zorgen bij een discontinuïteit in de detentieloopbaan. Overigens lijkt het erop dat in Nederland sinds het uitkomen van ons onderzoeksrapport belangrijke verbeteringen zijn aangebracht, zowel binnen gevangenissen (Moerings, 2005) als daarbuiten. (GGZ Nederland, 2005).

Een eigentijds beleid op het vlak van substitutiebehandeling houdt immers voordelen in en dit niet alleen voor het gedeelte van de gedetineerde druggebruikers waarvoor er een indicatie bestaat, maar ook voor de gevangenissen zelf. Het druggebruik en de druggerelateerde schade wordt verminderd, de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand verbeterd, de interne drughandel in de gevangenis vermindert en er is een gunstig effect vast te stellen na de vrijlating.

Literatuur

- Baudour, J. (1987). *L'Amour condamné: esquisse d'une psychothérapie des toxicomanes*. Sprimont: Pierre Mardaga.
- Behandeling van drugverslaafde gedetineerden. (2002). Den Haag: Gezondheidsraad.
- Belgium. (2004). In H. Stöver, e.a. *Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries* (pp. 88-104). London: ENDSP, Cranstoun Drug Services Publishing.
- Buisman, W.R. (1983). Methadonverstrekking in Nederland. *T Alc Drugs*, 1, 24-29.
- Casselman, J. (1984). Methadonverstrekking: enkele bedenkingen naar aanleiding van een recent proces. *VAD Berichten*, 1, 5-6.
- Casselman, J. (1984). De 'borrelwet' en het 'methadonproces': twee eigenaardige ontwikkelingen in België. *T Alc Drugs*, 10, 138-139.
- Casselman, J. (1993). Druggebruik en Aids. *Acta Medica Catholica*, 4, 239-244.
- Casselman, J., Stöver, H. & Hennebel, L. (2005). Substitutiebe-handeling voor druggebruikers in de gevangenis België en in een aantal andere Europese landen. *Fatik*, 23, 106, 10-13.
- Clerck, S. de (1996). Lezing. In B. de Ruyver, e.a. *Veiligheids- en medisch-sociale benadering: complementair of tegengesteld?* Antwerpen, Apeldoorn: Maklu, Bruxelles: Bruylant.
- Consensusconferentie Onderhoudsbehandeling met Methadon, 8 oktober 1994. Brussel: Rapport van de jury, 12 oktober 1994.
- Cosyns, P. (1983). Toxicomanie, gevangenis en methadonproblemen. *Panopticon*, 4, 413-419.
- Decorte, T. (1994). Free Clinic en zijn methadonverstrekking: (ideologische) constructie van een controverse. In S. Christiaensen, e.a. *De illegale druggebruiker tussen strafrechtsbedeling en hulpverlening* (pp. 231-252). Leuven, Amersfoort: Acco.
- Driessen, F. M. H. M. & Wal, H. J. van der (1993). Methadonverstrekking in Nederland. *T Alc Drugs*, 19, 133-153.
- Dute, J. C. J. (1997). Methadon in de gevangenis. *T Alc Drugs*, 22, 164-171.
- Follow-up van de conferentie over de methadone consensus van 1994: evaluatie van de aanbevelingen geformuleerd in 1994 en aanvullende voorstellen. (2000). Brussel: Hoge Gezondheidsraad.
- KB van 19 maart 2004 tot regeling van de behandeling met vervangingsmiddelen (B.S. 30 april 2004).
- Klippe, C. J. van der (2003). De behandeling van drugverslaafde gedetineerden: een advies van de Gezondheidsraad. In *Handboek Verslaving* (pp. B4354, 1-12). Houten, Diegem: Stafleu Van Loghum Slaterus.
- LADIS Bulletin, juni 2004, 1-4.
- Liefhebber, J. (1979). Methadonverstrekking in Nederland. *T Alc Drugs*, 5, 124-129.
- Ministeriële omzendbrief Nr. 1722 van 18 december 2000 met betrekking tot de integrale aanpak van de drugproblematiek in de penitentiaire instellingen.
- Minjon, B. (1994). Methadon, toepassingen in de drughulpverlening. In *Handboek Verslaving* (pp. B4370, 1-20). Houten, Diegem: Stafleu Van Loghum Slaterus.
- Moerings, M. (2005). Medische verzorging. In Muller, E.R. & Vegter, P.C. (Eds.) *Detentie. Gevangenen in Nederland* (pp. 403-425). Deventer: Kluwer.
- Pelc, I., Nicaise, P., Corten, P., Bergeret, I., Baert, I., Alvarez Irusta, L., Casselman, J. & Meuwissen, K. (2005). Les traitements de substitution en Belgique: développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients. Gent: Academia Press.
- Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB). GGZ Nederland, 2005.
- Roorda, P.A. (1979). Methadon binnen de gevangensmuren. *T Alc Drugs*, 5, 144-145.
- Stöver, H., Hennebel, L. & Casselman, J. (2004). *Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries*. London: ENDSP, Cranstoun Drug Services Publishing.
- The Netherlands. (2004). In H. Stöver, e.a. *Substitution treatment in European prisons: a study of policies and practices of substitution treatment in prisons in 18 European countries* (pp. 285-305). London: ENDSP, Cranstoun Drug Services Publishing.
- Todts, S. (2003). Belgium. In J. Casselman, e.a. *Legal aspects of substitution treatment: an insight into nine EU countries* (pp. 28-46). Lisbon: EMCDDA.
- Wet van 22 augustus 2002 strekkende tot de wettelijke erkenning van behandelingen met vervangingsmiddelen en tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica (B.S. 1 oktober 2002).